

Année 1904

N°

167

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 février 1904, à 1 heure

PAR

Henri GROLHOUX

LE SPASME FACIAL

Etude Clinique et Diagnostique

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

LANNELONGUE, Professeur.

Juges MM. { MAUCLAIR, Agrégé.

{ BEZANÇON, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	LANDOUZY
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY.
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	GAUCHER
	RAYMONT
	FERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LE DENTU
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPPERSONNE.
	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD
Clinique gynécologique	BUDIN
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	M.M	MM.	MM.
ACHARD	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef de
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques)
BAZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT
CHASSEVANT	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICE
DEMLIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ	LAUNOIS	RICHAUD.	WIDAL
DUPRE.			WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les discussions qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de pathologie interne à la Faculté,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le professeur Brissaud nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde reconnaissance. Il a bien voulu nous autoriser à publier une observation inédite recueillie dans son service à l'Hôtel-Dieu, pour laquelle nous lui adressons tous nos remerciements.

Nous tenons à remercier M. E. Dupré, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, pour la sympathie qu'il nous a maintes fois manifestée. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail. Nous sommes heureux de pouvoir lui dire le plaisir que nous avons eu à suivre son enseignement, pendant les derniers mois de notre séjour à Paris, et le souvenir reconnaissant que nous en garderons.

M. Henry Meige a bien voulu s'intéresser à notre travail. C'est dans ses différents travaux que nous avons trouvé les principaux éléments de cette thèse ; qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

DÉLIMITATION DU SPASME

Le plan de ce travail comportant seulement l'étude clinique et le diagnostic du spasme facial, nous n'entrons pas dans l'étude de sa pathogénie.

Il est indispensable, avant d'aborder cette étude, de définir et de délimiter le sens du mot spasme.

Spasme (σπασμος) vient de σπασω, *je tire*.

C'est donc, si l'on veut, un synonyme de *convulsion*; et en fait, dans le langage médical courant les deux mots sont souvent employés l'un pour l'autre, on ne fait guère de différence entre un mouvement convulsif et un mouvement spasmodique.

M. le professeur Brissaud, en 1893 (1), a nettement délimité le sens du mot *spasme*, et cela à propos justement du spasme facial, en montrant que celui-ci différait, pathogéniquement et cliniquement, des autres espèces de convulsions faciales, les tics en particulier.

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses* (Salpêtrière, 93-94), recueillies et publiées par Henry Meige. 24^e leçon : *Tics et spasmes cloniques de la face*.

Depuis Willis (xvii^e siècle) auquel est dû un premier essai de classification des convulsions en *toniques* et *cloniques*, on peut dire que les convulsions de la face restent un syndrome touffu dont quelques auteurs cependant s'étaient efforcés de préciser l'étiologie. Au xix^e siècle, avec Trousseau, on commence à trouver une description clinique plus précise. Il étudie les tics douloureux et non douloureux, signale dans ce dernier groupe les tics accompagnés « d'un cri, d'un éclat de voix » que plus tard Charcot, Georges Guinon, Gilles de la Tourette devaient plus amplement décrire. Il semble même que Trousseau ait déjà entrevu chez le tiqueur un état psychique spécial. Puis les études de Letulle (article du *Dictionnaire* de Jaccoud), Gilles de la Tourette, Georges Guinon (article du *Dictionnaire* de Dechambre), ont contribué à préciser encore davantage les caractères des tics. En même temps la nécessité de les différencier des spasmes commence à s'imposer.

Un des premiers, M. Georges Guinon, exposant les idées de Charcot, signale les différences, qui plus tard devaient s'imposer, grâce à l'enseignement de M. le professeur Brissaud.

« Il y a, dit M. G. Guinon, des mouvements convulsifs d'espèces bien différentes. Les uns consistent en *spasmes* se produisant dans le domaine d'un nerf moteur ou mixte, le plus souvent un nerf crânien, en particulier le nerf facial, et reconnaissant pour cause une lésion anatomique, soit centrale, soit périphérique, du système nerveux.

« Presque tous les auteurs français et étrangers, ces

derniers surtout, depuis que le mot est passé tel quel dans leurs langues, décrivent ces mouvements sous le nom de *tic*. Ce ne sont que des convulsions partielles localisées au domaine d'un nerf, du facial par exemple, et non des tics convulsifs vrais. Ils en diffèrent tant par leurs caractères propres, que par les autres symptômes qui les accompagnent ; au point de vue anatomo-pathologique, la distinction est encore plus tranchée, les lésions étant nulles dans un cas, constantes dans l'autre. »

M. le professeur Brissaud, dans ses belles leçons cliniques de la Salpêtrière (1893), a définitivement consacré la spécialisation clinique du tic, en isolant, dans le groupe des troubles moteurs compris communément sous ce nom, le *spasme*, dont il montra clairement l'autonomie symptomatologique et pathogénique.

« Le spasme, dit-il, est le résultat d'une irritation subite et passagère d'un des points d'un arc réflexe... C'est un acte exclusivement réflexe d'origine spinale. »

Ce qui fait, selon M. Brissaud, qu'une convulsion faciale est un *spasme*, c'est qu'elle comporte un substratum anatomo-pathologique, une lésion matérielle, macroscopique ou microscopique. Toute épine irritative siégeant sur un des points de l'arc réflexe aura pour conséquence le spasme, réflexe bulbaire ou médullaire d'origine pathologique.

Quelle que soit la voie centripète irritée la réaction motrice conservera tous les caractères d'un réflexe à centre spinal ou bulbaire. Et conséquemment, les manifestations de la réaction motrice apparaîtront nécessairement

sur le territoire anatomique où se distribue la voie centrifuge.

Depuis la leçon de M. Brissaud, d'autres travaux sont venus éclairer la question. M. Henry Meige, en collaboration avec M. E. Feindel, dans une série de travaux approfondis sur la question et notamment dans leur ouvrage : *Les tics et leur traitement*, M. Noguès, dans son rapport sur les tics, au Congrès de Grenoble (1902) ont creusé encore plus profondément le fossé qui sépare l'un de l'autre, le tic et le spasme.

M. Ernest Dupré a encore insisté sur la nécessité de cette distinction au point de vue diagnostique. Dans un chapitre de sémiologie essentiellement original (1), il a mis en pleine valeur l'importance du diagnostic entre les phénomènes de réflectivité simple et les phénomènes de psycho-réflectivité.

Enfin, dans une toute récente étude de M. Henry Meige, les caractères cliniques distinctifs du spasme facial ont été tout spécialement analysés. Nous aurons souvent l'occasion de nous appuyer sur ce travail (2).

(1) Psychopathies organiques. *Traité de pathologie mentale*, Ballet, p. 1097 et suivantes.

(2) Henry Meige. Le spasme facial, ses caractères cliniques distinctifs. *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.

ETUDE CLINIQUE DU SPASME FACIAL

Nous croyons qu'il est utile en abordant l'étude clinique du spasme facial d'en présenter deux observations.

OBSERVATION I (1)

Mme X..., âgée de 58 ans, vient à l'Hôtel-Dieu (annexe) consulter M. Dupré en juillet 1903.

Rien à signaler comme antécédents héréditaires.

Deux fausses-couches l'une de six mois, l'autre de huit mois.

— Ménopause précoce à 30 ans, sans troubles marqués. — En 1901, bronchite sans gravité. — Ethylisme assez accentué.

Il y a quatre ans, à la suite, dit-elle, d'un refroidissement, elle commence à éprouver de légers frémissements et comme une sensation de tiraillement au niveau de l'angle externe de l'œil droit. — Puis ces troubles vont en augmentant progressivement, s'étendent à toute la moitié droite de la face ; la bouche devient aussi le siège de sensations inaccoutumées ; c'est un frémissement qui débute aux environs de la commissure labiale droite, qui, finalement, est complètement tirée en haut et en dehors.

(1) Cette observation a fait l'objet d'une communication au Congrès de Bruxelles (1903), par M. E. Dupré et a paru, résumée, dans la *Revue neurologique* (31 août 1903).

L'accès, une fois constitué, on constate une contraction en masse de tous les muscles de la moitié droite du visage. La photographie ci-contre rend bien compte du phénomène spasmodique.

Ces crises durent de quelques minutes à un quart d'heure et sont séparées par des intervalles de repos de même durée. — De plus, elles persistent pendant le sommeil. — La volonté n'a aucune influence sur l'évolution de l'accès que rien ne peut empêcher. Cependant ces accès varient d'intensité et de fréquence par périodes, la malade voit un rapport entre ces variations et l'état hygrométrique, les temps humides augmentant la durée et la fréquence des accès.

La malade a subi de nombreux traitements, tous d'ailleurs inefficaces, injection de cocaïne, électrisation, intervention chirurgicale sur le facial, mais au sujet de laquelle elle ne nous donne pas d'autres renseignements.

Il ne nous a pas été possible de revoir la malade et de suivre l'évolution de son affection.

Nous croyons qu'il est possible, à la lecture de cette observation et avec un simple coup d'œil jeté sur la photographie ci-jointe, de faire le diagnostic du spasme facial.

Ainsi que le dit M. H. Meige, dans son étude sur le spasme facial (*Revue neurologique*, 30 octobre 1903), « l'examen clinique, purement objectif » sans rien préjuger ni de la nature, ni de la cause du phénomène, permettra de le différencier des autres désordres moteurs qui s'observent à la face. Le début, nous voyons chez notre malade ce qu'il sera dans les observations suivantes. Un jour un sujet se plaint d'éprouver au pourtour de l'œil, une sensation inaccoutumée : « sur le bord libre de la

PLANCHE I



Etat de repos

PLANCHE II



Etat de spasme

paupière inférieure on aperçoit un minuscule frémissement, comme si quelque fil élastique placé sous la muqueuse était alternativement tiré puis relâché » ; ce frémissement gagne la paupière supérieure, la fente palpébrale diminue jusqu'à occlusion complète ; c'est ainsi qu'a débuté l'affection chez notre malade, c'est le premier degré du spasme facial et si les accidents s'étaient limités à l'orbiculaire palpébral comme nous le voyons dans l'observation III, de M. H. Meige, nous avons là « un premier degré de la maladie ». Mais, chez notre malade, tout ne se borne pas là ; les contractions musculaires vont gagner les autres muscles du visage, petit et grand zygomatiques, élévateurs de l'aile du nez, orbiculaire des lèvres, muscles du menton, pour aboutir à une contracture des muscles de la moitié de la face. De plus il y a des contractions et des décontractions parcellaires, c'est bien « la contracture frémissante » signalée par M. H. Meige. Puis une détente générale se produit peu à peu et le visage retrouve son calme primitif. L'accès est terminé. Tel est le « second degré de la maladie ». C'est le cas de notre malade.

Enfin ces crises peuvent devenir subintrantes, la grimace unilatérale est permanente, c'est ce que nous voyons dans l'observation VIII.

•

Voici une seconde observation inédite que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Brissaud et qui a été recueillie dans son service à l'Hôtel-Dieu, par MM. Henry Meige et Feindel.

OBSERVATION II

Mme M..., 69 ans, est venue à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Brissaud en novembre 1903.

Il n'y a pas d'antécédents nerveux dans son histoire. — En 1875, elle a eu un eczéma de la face complètement guéri. Plus tard, elle dit avoir éprouvé de temps à autre des sensations de « vertige qui lui montait à la figure », mais qu'il est difficile de lui faire préciser ; elle ajoute d'ailleurs ne plus les éprouver depuis que le spasme est constitué. — Pas de rhumatisme, mais la malade a été autrefois sujette aux migraines.

Le début du spasme remonte à quatre ans environ. — A ce moment la malade a commencé à ressentir de « petites secousses » au-dessous de l'œil droit, dans la région malaire, vers l'insertion du grand zygomatique ; puis les secousses ont gagné la commissure labiale droite. Ces accidents, qui, au début, n'apparaissaient que tous les quinze jours, ont augmenté peu à peu de fréquence, jusqu'à devenir presque subintrants.

Actuellement, le spasme siège dans toute l'hémiface droite, et survient par accès de durée et d'intensité variables. Tous les muscles de la moitié droite du visage, frontal, orbiculaire des paupières, grand et petit zygomatiques, muscle élévateur de l'aile du nez, muscles de la houppe du menton, et y compris le paucier du cou, sont intéressés ; on constate même parfois un léger mouvement d'élévation du pavillon de l'oreille du même côté. Elle accuse aussi des sensations de « tiraillement » dans l'intérieur de l'oreille, mais il n'y a ni bourdonnements ni sifflements. — C'est la forme classique du spasme facial avec

demi-occlusion progressive des paupières, parfois un léger larmoiement, tiraillement en haut et en dehors de la commissure labiale, froncement de la peau du front et du cou. Cependant l'examen de la gorge fait au moment d'un accès ne montre aucun mouvement ni de la luette ni des piliers du voile du palais.

Le phénomène spasmodique se manifeste objectivement de la façon suivante : on voit survenir une série de contraction et de décontraction se succédant à des intervalles très rapprochés. Rien ne peut empêcher l'apparition ni modifier l'évolution de l'accès. — Plusieurs causes semblent favoriser l'apparition du spasme, le fait de parler, de rire, de fermer l'œil, de frôler les cils avec une feuille de papier, les fatigues, les émotions, etc. La fréquence des accès est du reste assez variable ; ils peuvent apparaître toutes les minutes et plus souvent même. Par contre, si la malade est calme et reposée, le spasme peut rester plusieurs heures sans se manifester. Souvent aussi, on voit se produire une série d'accès frustes subintrants, comme des ébauches de crises qui avortent ou se terminent par un accès franc de plus ou moins longue durée pendant lequel il existe une sorte de contracture tétaniforme de toute la moitié droite de la face.

Sur ce fond de contracture apparaissent de légers frémissements onduleux qui rappellent le type de « contracture frémissante » avec moins de netteté cependant que dans la plupart des cas de spasme facial.

Le spasme ne se produirait pas pendant le sommeil, mais le fait n'a pu être contrôlé par une autre personne. Il apparaît dès le réveil.

Il n'existe aucun mouvement spasmodique dans la moitié gauche de la face.

Quand la malade parle, c'est surtout avec la moitié gauche de la bouche, la moitié droite semblant moins mobile, bien qu'il n'y ait eu et qu'il n'y ait actuellement aucun signe de paralysie faciale. Pas de troubles de la sensibilité de la face.

Quelques troubles vaso-moteurs : la malade a de temps à autres des poussées de rougeur au visage.

Toutes les dents sont tombées, mais sans douleurs, et aussi bien à gauche qu'à droite, depuis plusieurs années.

La vision est un peu affaiblie depuis un an (la malade a 69 ans) ; elle voit un peu moins bien de l'œil droit dont la paupière est un peu rétrécie et paresseuse. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

L'ouïe est affaiblie depuis plusieurs années, mais des deux côtés également : une montre n'est pas entendue au-delà de 3 centimètres du pavillon de l'oreille, à droite comme à gauche.

Un examen des oreilles aurait été fait il y a trois ans ; on aurait constaté un « déplacement du marteau à droite » (?) Les reflexes rotuliens sont un peu vifs, mais égaux des deux côtés.

Parmi les symptômes subjectifs on note ce qui suit : le matin la malade se plaint d'éprouver parfois une sensation d'engourdissement dans toute la région du spasme. Elle ressent aussi, mais très exceptionnellement, une douleur extrêmement vive, « en coup de couteau » dirigée de l'oreille droite vers le nez. De temps en temps, sans même que la grimace ait lieu, la malade dit éprouver une sensation particulière, comme « un coup de vent qui lui souffle sur la tempe et sur l'oreille droite ». Elle se plaint aussi d'éprouver une sensation de raideur dans la moitié droite du visage. Elle porte à chaque instant la main sur la moitié droite de la figure dans l'espoir de faire disparaître cette sensation qui l'incommode et de dissimuler sa grimace, Mais elle dit elle-même que ni pression ni frottements ne peuvent empêcher le spasme de se produire et qu'elle continue à sentir sous sa main les contractions faciales.

On constate également un léger tremblement de la tête et des mains, un peu plus prononcé du côté droit.

La santé générale est bonne ; il n'y a pas de troubles viscéraux.

Aucune particularité n'a pu être relevée dans l'état mental de la malade.

Traitement. — La malade a été soumise au traitement préconisé par M. le professeur Brissaud : valérienate de zinc à doses progressivement croissantes.

Il lui a été ordonné le 30 novembre :

Valérianate de zinc, 0 gr. 02.

Pour une pilule n° 20.

Prendre une de ces pilules au repas de midi et une seconde au repas du soir.

Aucune modification appréciable ne s'est produite.

7 décembre 1903. Continuer le même traitement en prenant deux des pilules ci-dessus au repas de midi et deux au repas du soir.

Une légère diminution des accès a été constatée.

14 décembre 1903. Même traitement en prenant trois pilules à midi et deux le soir.

La malade que nous revoyons ce jour-là et qui a suivi régulièrement ces prescriptions, affirme qu'elle constate une amélioration notable et qu'elle a vu diminuer la fréquence et l'intensité de ses crises.

La dose de valérianate de zinc est augmentée. Prendre six pilules par jour.

4 janvier 1904. Les accès sont encore moins fréquents. La malade constate cette amélioration. Devant nous, les mouvements sont nettement atténués ; les contractions s'étendent moins ; les périodes de tétanisation sont d'une durée très courte.

Dans cette seconde observation, nous retrouvons toute la symptomatologie du spasme facial. Une première constatation importante, c'est que les contractions musculaires ne présentent entre elles aucune systématisation fonctionnelle. On ne voit pas entrer en jeu un groupe musculaire dont les contractions soient coordonnées en vue d'un but fonctionnel à atteindre. On ne conçoit pas un acte mimique aussi nettement dimidié. C'est que les muscles atteints dépendent tous d'un territoire nerveux anatomiquement défini, qui est celui de

la VII^e paire. En outre, tous les efforts de volonté et d'attention employés pour suspendre ce trouble moteur restent inefficaces.

En vain la malade cherche à dissimuler sa grimace, comprime avec sa main les muscles de son visage : « sous la main persiste la contracture, sous les doigts les frémissements » (H. Meige).

De plus, le phénomène convulsif suit une marche progressivement croissante, au cours d'un même accès. « La contraction n'est d'emblée ni maxima, ni généralisée. La période de « contracture frémissante » qui représente son apogée ne survient qu'après une série de contractions partielles de plus en plus rapprochées et de plus en plus étendues : et cette phase de tétanisation semble bien résulter de la sommation d'excitations qui vont en augmentant d'intensité et de fréquence. De la même façon, quoique plus rapidement, se fait le retour au calme. » (H. Meige).

La persistance de ces troubles moteurs pendant le sommeil, qui constituent un élément important de diagnostic, nous manquent dans cette observation, le fait n'ayant pas été contrôlé par l'entourage de la malade ; mais on conçoit qu'ils puissent s'atténuer et disparaître, du fait de l'atténuation des phénomènes nerveux pendant le sommeil.

Les troubles subjectifs éprouvés pendant l'accès, sont limités à quelques sensations de tiraillement et de frémissement, mais la crise en elle-même est nettement indolore. Enfin, une dernière constatation s'impose, c'est l'amélioration notable survenue dans l'état de la malade sous l'influence d'un traitement anti-spasmodique.

DIAGNOSTIC DU SPASME FACIAL

Il semble donc bien que *cliniquement, objectivement*, le spasme facial offre dans le groupe touffus des « myoclonies » des caractères différentiels incontestables. Nous allons passer en revue les différentes affections avec lesquelles le spasme facial pourrait être confondu.

1° AVEC LES TICS.

« Parmi les troubles moteurs d'ordre convulsif, qui intéressent la face, il n'est pas toujours facile de distinguer le tic, convulsion psycho réflexe à systématisation fonctionnelle, du spasme, convulsion sous-cortico-réflexe à systématisation anatomique » (1). C'est en effet avec le tic de la face que le spasme facial fut le plus longtemps confondu. Si nous prenons quelques exemples de tics les plus simples, l'un « caricaturisant » une fonction, la

(1) Ernest Dupré. Communication au Congrès de Bruxelles, août 1903. *Revue Neurologique*, 31 août 1903.

nictitation, l'autre l'expression d'un sentiment, le rire, et si, nous en tenant au seul point de vue objectif, nous comparons les contractions musculaires anormales du tic et du spasme, une première constatation va s'imposer à nous : la grimace immédiate, brusque et expressive de l'un diffère foncièrement de la convulsion progressive s'étendant en tache d'huile jusqu'à constituer la grimace amorphe de l'autre.

Le tiqueur caricature un acte fonctionnel par la contraction intempestive et pseudo-intentionnelle des muscles préposés à cet acte. Son mouvement systématisé, figuré, a plus ou moins bien épousé une expression normale fonctionnelle ou mimique.

Rien de semblable chez le malade affligé de spasme, rien de particulièrement électif dans la crispation faciale, elle se passe dans un ou plusieurs muscles innervés par la septième paire, c'est tout ce qu'on peut en dire. Tandis que le spasme n'a qu'une topographie anatomique, le tic nous offre l'image plus ou moins parfaite d'un acte adapté à un but. C'est la perturbation motrice d'un acte fonctionnel. « Anomalie du rythme, de l'amplitude, de l'intensité d'un acte moteur, inopportunité de cet acte, voilà en quoi un tic peut être considéré comme une perturbation fonctionnelle. » (Meige et Feindel, *Tics et leur traitement*, p. 129.)

Si maintenant nous cherchons à remonter aux causes les dissemblances entre le tic et le spasme se révéleront plus profondes encore. Le tic nous apparaîtra vite comme un phénomène à double face : « c'est un trouble psychomoteur. Deux éléments inséparables le constituent : un

trouble mental et un trouble moteur : celui-ci est subordonné à celui-là. » (H. Meige et Feindel). N'est pas, en effet, tiqueur qui veut ». Un homme reçoit une escarille dans l'œil, aussitôt le clignement des paupières apparaît, c'est un réflexe de défense qui va disparaître avec la cause elle-même. Chez un autre, au contraire, le clignement persistera, intempestif, inutile, en dépit de la suppression de la cause première et le tic sera constitué. Pourquoi ? Parce que la volonté débile ne vient pas réfréner le mouvement qui continue à se produire, stérile, sans cause et sans but. Et cette volonté est impuissante en raison d'un état psychique spécial. « Le tic disait Charcot, n'est une maladie matérielle qu'en apparence..., c'est un produit direct de la vésanie. »

Toujours, en effet, l'étude du tiqueur montrera chez lui des troubles psychiques polymorphes qui sont l'apanage des dégénérés.

Le déséquilibre moteur apparaît alors comme le reflet du déséquilibre psychique. Un examen attentif et prolongé est parfois nécessaire pour déceler l'imperfection mentale génératrice, cachée qu'elle peut être sous une surface brillante, il y a excès ou déficit ; tel l'exemple de M. O... le « prototype du tiqueur » conservant avec une vive intelligence un « état mental infantile » (H. Meige et Feindel. *Les Confidences d'un tiqueur*).

En résumé, il existe chez le tiqueur un fond de dégénérescence plus ou moins accusée, un état émotif anormal sur lequel peuvent se greffer, au caprice des cas : obsessions, idées fixes, phobies, etc. Et il y a toujours

une imperfection de la volonté qui a perdu en tout ou en partie son pouvoir musculo-frénateur.

A nous en tenir au mode de production du tic, nous voyons qu'il constitue à lui seul tout un petit drame psychique. Nous assistons en effet à la lutte du tiqueur contre le mouvement anormal que sa volonté malade lui défend d'empêcher. Cette lutte s'accompagne d'angoisse et se termine par un sentiment de satisfaction, de détente physique et morale. Cependant la volonté peut intervenir dans certains cas pour retarder ou modifier le tic, la distraction ou une émotion peut en amener la suppression momentanée ; certains tiqueurs cherchent à dériver l'obsession de leur tic qui tient leur attention captive en occupant celle-ci par un « geste antagoniste efficace » quoique le plus souvent absurde.

Enfin le tic ne se produit pas pendant le sommeil.

Si maintenant nous revenons au spasme et que nous appliquions à son étude la même analyse, nous recevrons une réponse négative sur tous les points. Ici, pas d'état mental particulier, la volonté, l'émotion, la distraction n'ont aucune influence sur le mouvement qui s'accomplit avec l'inflexible rigueur d'un acte reflexe. Si, en effet, l'analyse des antécédents du tiqueur nous conduit à l'explication de la réaction motrice, provoquée au début par un but à atteindre, volontaire et utile avant qu'elle ne devienne automatique et stérile, au contraire l'étiologie du spasme reste muette, car elle repose sur une base organique que l'anatomie pathologique pourrait seule déceler. De plus le spasme n'obéissant dans son apparition qu'à l'influence d'une irritation constante dans son

action, mais passagère et capricieuse dans ses effets. on le verra apparaître aussi bien pendant le sommeil que pendant la veille.

Si nous considérons maintenant le devenir d'un spasme et celui d'un tic, nous voyons qu'il diffèrent encore. Le caprice est la règle du tic, il demeure soumis aux fluctuations de l'état mental instable dont il est l'expression. Le tiqueur n'est pas toujours identique à lui même. Sa grimace s'étend, se complique, ou se déforme et s'abrège. Elle peut s'exaspérer ou disparaître sous l'influence de causes toutes mentales.

Le spasme est sans doute variable lui aussi dans son expression clinique, mais il se reproduit toujours, au moins partiellement, tel qu'il s'est montré d'abord. Si ses accès sont d'apparition aussi capricieuse que ceux du tic, rien ne vient nous en expliquer les espacements ou les subintrances. Ils ne sont régis que par cette loi de neuropathologie constatée simplement en fait : une cause de souffrance constante d'un tube nerveux se manifeste par des effets spasmodiques paroxystiques. Et de même que le récurrent comprimé par un anévrysme aortique réagit par intervalles, en provoquant le spasme des muscles du larynx, de même le facial irrité provoque à certains moments et pendant un temps plus ou moins long le spasme des muscles qu'il innerve.

De ces considérations dérivent un pronostic et une thérapeutique différents dans les deux affections. Le pronostic du tic est celui de l'état mental à la faveur duquel il se développe et prospère, il est fonction de la qualité de la volonté du malade. Le traitement peut se

formuler en ce mot de MM. Brissaud et Henry Meige : une bonne *discipline psycho-motrice* (1). Et ce traitement est presque toujours efficace, tandis que les agents médicamenteux sont généralement sans effet. Le spasme au contraire, dépendant d'une cause anatomo-pathologique, ne peut disparaître tant que la cause persiste. Celle-ci peut, en outre, être parfois influencée par une médication antispasmodique appropriée.

Ainsi donc il semble bien que dans la majorité des cas le diagnostic de tic et de spasme soit faisable. Il n'en est plus de même dans certaines formes anormales ou hybrides. Du fait de son évolution, le tic peut se décomposer à la longue et perdre de sa signification fonctionnelle au point de devenir un mouvement sans caractère dans lequel la systématisation et la coordination primitives sont de moins en moins visibles. Le plus souvent, grâce à l'examen de l'état mental, grâce à la recherche des antécédents du malade, on arrive à attribuer au tic le « mouvement nerveux » observé. Mais dans les cas où l'étiologie est muette, le diagnostic se pose « comme un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie » (Brissaud). Car, il ne faut pas l'oublier, un tic peut succéder à un spasme, et cela lorsque le spasme survient chez un candidat aux tics ; c'est ainsi qu'on voit un blepharotie succéder à un blepharospasme (2).

Un autre élément très important de diagnostic, qui,

(1) Communications au Congrès international de Madrid (avril 1903).

(2) Henry Meige. Les tics des yeux. *Annales d'oculistique* Avril 1903.

s'il n'est pas absolu, doit cependant faire pencher la balance en faveur du spasme, c'est l'âge du sujet. M. Henry Meige nous a fait part de cette remarque personnelle(1) : « Les tics de la face sont d'une très grande fréquence chez les jeunes sujets et prédominent pendant la seconde enfance et l'adolescence ; le spasme facial, au contraire, est d'une extrême rareté à cette période de la vie. S'il ne semble pas que sa fréquence augmente avec l'âge, il est néanmoins certain que le spasme est exceptionnel avant l'âge adulte. » C'est là une constatation clinique résultant d'observations multipliées et dont on doit tenir le plus grand compte à propos du diagnostic. Il est bien évident toutefois, d'après ce que l'on sait de la pathogénie du spasme facial, que l'on ne peut pas nier *à priori* la possibilité d'un spasme facial chez un jeune sujet.

2° AVEC LE TIC DOULOUREUX DE LA FACE.

D'abord il importe de remarquer avec MM. Brissaud et Meige, que l'expression tic douloureux est impropre, car il s'agit au premier chef d'un spasme : la réaction motrice convulsive n'étant que la réponse musculaire transmise par la VII^e paire à une incitation douloureuse provenant de la V^e.

Les manifestations objectives du spasme douloureux

(1) Communication orale.

de la face ressemblent parfois à s'y méprendre à celles du spasme non douloureux et il ne peut en être autrement, puisqu'en définitive c'est bien à un spasme facial qu'on a affaire. La seule différence est que dans le premier cas le mouvement s'accompagne d'une douleur atroce, qui fait défaut dans le second. L'existence de cette douleur constitue un élément de diagnostic nécessaire et suffisant.

Il faut noter que dans quelques cas, rares il est vrai, on a signalé la transformation d'un spasme facial non douloureux en un spasme facial douloureux.

3° AVEC LES STÉRÉOTYPIES.

Il n'y a guère lieu d'insister sur le diagnostic avec les stéréotypies. « Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui, n'ayant rien de convulsif, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui, au début, sont conscients, volontaires et qui deviennent plus tard, automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition » (1).

On voit par cette définition que la confusion ne serait

(1) Albert Cahen. Contribution à l'étude des stéréotypies, *Archives de Neurologie*, décembre 1901. Cité dans *Les Tics* (Meige et Feindel).

guère possible avec le spasme ; les stéréotypies auraient plus d'affinités avec les tics, dont elles diffèrent cependant parce qu'elles ne revêtent pas l'apparence convulsive qui appartient à ces derniers. *A fortiori*, ne peut-on les prendre pour des spasmes.

4^o AVEC LES CHORÉES.

Si nous nous en rapportons à la description qu'a donnée le premier Sydenham de la chorée mineure, nous voyons que là aussi la confusion n'est guère possible :

« La danse de Saint-Guy, en latin *Chorea sancti Viti*, est une sorte de convulsion qui arrive principalement aux enfants, de l'un et l'autre sexe, depuis l'âge de dix ans jusqu'à l'âge de la puberté. Elle commence d'abord par une espèce de boitement ou plutôt de faiblesse d'une jambe que le malade traîne comme font les insensés. Ensuite elle attaque le bras du même côté. Ce bras étant appliqué sur la poitrine ou ailleurs, le malade ne saurait le retenir un moment dans la même situation et quelque effort qu'il fasse pour en venir à bout, la distorsion convulsive de cette partie la fait continuellement changer de place.

Avant que le malade puisse porter à sa bouche un verre plein de liquide, il fait mille gestes et mille contours, ne pouvant l'y porter en droite ligne parce que sa main est écartée par la convulsion qui la tourne de côté et d'autre, jusqu'à ce que ses lèvres se trouvant à portée

du verre, il sable promptement sa boisson et l'avale tout d'un trait. On dirait qu'il ne cherche qu'à faire rire les assistants » (1).

Le mouvement choréique est rarement limité à la face comme dans le spasme ; de plus, la grimace choréique incessamment variable dans sa forme ne peut guère être confondue avec le spasme dont la contraction toujours identique à elle même, siège sur un même territoire anatomique.

Dans l'affection décrite par M. le Professeur Brissaud sous le nom de *chorée variable*, en dehors des désordres moteurs qui sont ceux de toute chorée, nous avons affaire à une affection qui n'a ni « uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée » (Brissaud). Enfin, par son substratum mental, la chorée variable se rapproche considérablement du tic.

IV. — Avec le *paramyoclonus multiplex*.

Ce trouble moteur « est caractérisé par des contractions musculaires cloniques, apparaissant d'abord dans les muscles des membres inférieurs, se généralisant ensuite, en respectant généralement la face. Les contractions se montrent dans un ou plusieurs muscles, qui se relâchent presque aussitôt. Elles surviennent sans cause

(1) Sydenham. Œuvres complètes. Trad. A.-F. Jault, 1816, t I, p. 364. Cité dans *Les Tics* (Meige et Feindel).

appréciable, sont instantanées et involontaires, le plus souvent bilatérales, mais surtout inégales, irrégulières et arythmiques. Elles provoquent ou ne provoquent pas de déplacement des membres ; en tout cas elles ne réalisent ni un geste, ni même une gesticulation. Quelquefois la volonté peut avoir sur elles une influence modératrice transitoire. L'émotion, l'impression du froid les exagèrent. Le sommeil les fait généralement disparaître. » (H. Meige et Tendel, *les tics*.)

Cette description ne peut donner lieu à aucune confusion avec le spasme ; le seul fait, d'ailleurs, que le paramyoclonus multiplex débute par les membres inférieurs et respecte en général la face, nous autorise à ne pas insister davantage.

V. — AVEC L'HYSTÉRIE

C'est l'hystérie qui peut donner lieu aux phénomènes convulsifs ayant le plus d'analogies objectives avec le spasme.

L'« hémispasme » glosso-labie d'origine hystérique se manifeste par une contracture des zygomatiques d'un côté de la face ; mais il s'accompagne, ce qu'on ne trouve pas dans le spasme facial franc, d'une hémicontracture de la langue, qui souvent sort de la bouche, tordue d'un côté ou de l'autre.

Le « blépharospasme » est assez fréquent dans l'hystérie sous ses trois formes clonique, tonique, pseudo-

paralytique. Les deux premières nous intéressent. Il est douloureux ou indolent, dans le premier cas, il existe une zone d'hyperesthésie cutanée s'étendant jusqu'au pourtour de l'orbite, dans le deuxième cas l'anesthésie remplace l'hyperesthésie. Le blépharospasme est généralement allié à d'autres manifestations oculaires, mais il peut exister à l'état isolé, et c'est alors, comme dans toute manifestation qu'on suppose de nature hystérique, la recherche des autres stigmates de la névrose qui vient mettre sur la voie du diagnostic. D'ailleurs le spasme facial peut coïncider chez un même sujet avec les accidents hystériques, et rendre le diagnostic fort épineux. « L'hystérie, dit M. H. Meige, comme toute autre névrose ou psychose, n'est pas une sauvegarde contre les affections organiques, et les associations de l'espèce des associations hystero-organiques sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le pense. C'est alors que les symptômes objectifs qui appartiennent en propre à la maladie organique doivent être recherchés avec un soin tout particulier.

Car, si parfaite simulatrice que soit, dit-on, la grande névrose, son talent d'imitation a pourtant des limites. Il est peu vraisemblable que le vrai spasme facial, avec toutes les particularités qui le caractérisent, fasse partie du répertoire de l'hystérie. Elle n'en peut fabriquer que de mauvaises contrefaçons. Mais qu'un sujet déjà hystérique, puisse être, par surcroît, atteint d'un spasme de la face, voilà une éventualité qu'on doit aussi envisager » (1).

(1) Henry Meige. Le spasme facial, les caractères cliniques distinctifs. *Revue Neurologique*, 31 octobre 1903, page 985

VI. — AVEC L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE A TYPE FACIAL.

Les brèves considérations pathogéniques dans lesquelles nous sommes entrés nous l'ont fait cependant entrevoir : il n'y a entre cette affection et le spasme qu'une différence de localisation anatomo pathologique, l'une et l'autre étant fonction du même centre réflexe actionnant le même conducteur centrifuge.

Si objectivement la réaction motrice se trouvait être à peu près la même, la connaissance des accidents surajoutés au mouvement convulsif, que ces symptômes soient prédominants ou non, permettraient de distinguer auquel des deux phénomènes on a affaire. Un traumatisme préalable, des signes antérieurs ou concomittants d'une maladie à retentissement cortical connu (tuberculose, syphilis, urémie), pourraient dissiper les doutes en indiquant le diagnostic causal.

Il n'y a pas à hésiter davantage quand les douleurs, les vomissements, la névrite optique font le cortège symptomatique ordinaire du néoplasme cérébral.

Plus facile encore sera le diagnostic quand les convulsions localisées feront seulement partie d'un syndrome connu, comme la migraine ophtalmique, par exemple.

Certains auteurs, le professeur Bernhardt (de Berlin), Newmark (de San-Francisco) et Frenkel (de Toulouse) ont voulu représenter comme un syndrome nouveau, cer-

taine forme de spasme facial où ils signalent *la présence de mouvements fibrillaires limités à la région spasmodique*, phénomène qui offrirait surtout de la ressemblance avec celui décrit par Schultze sous le nom de myokymie. M. Henry Meige fait remarquer à ce propos que « dans le spasme facial se superposent fréquemment deux phénomènes convulsifs, l'un de forme tonique, l'autre de forme clonique. Et pour ce qui est du phénomène clonique, on peut remarquer également qu'il est sujet à varier dans sa vitesse et dans son intensité, depuis la reptation fibrillaire ou fasciculaire, qui se traduit par une sorte d'ondulation pulsatile sous-cutanée, sans déplacement de l'extrémité libre du muscle, jusqu'à la décharge électrique explosive qui, faisant brusquement tressauter un ou plusieurs faisceaux des muscles de la face, déclenche des parcelles de grimaces, d'ailleurs sans signification mimique » (1). Il semble donc bien que nous n'ayons pas affaire ici à un syndrome inédit, mais à une forme de spasme facial où un des symptômes habituels a pris une importance inaccoutumée.

Enfin, il y a toute une série de diagnostics qui doivent venir à l'esprit lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui est atteint de mouvement d'apparence spasmodique.

M. Ernest Dupré (2) a insisté tout particulièrement sur la nécessité d'étudier les « masques morbides ».

(1) Henry Meige, l. C.

(2) E. Dupré. Psychopathies organiques. *Traité de pathologie mentale* Ballet, p. 1097 et suiv.

« Certaines encéphalopathies à lésions multiples, dit il, au cours desquelles apparaissent fréquemment des troubles psychiques, entraînent, dans l'expression mimique permanente, des modifications profondes. Elles impriment aux traits des malades diverses déviations définitives, d'origine spasmodique ou paralytique, et il en résulte autant de *masques pathognomoniques* de certaines affections. A la série des *masques spasmodiques* se rattache la physionomie des encéphalites atrophiques scléreuses, ou porencéphaliques (idioties, hémiplegies cérébrales infantiles, etc.), de la sclérose latérale amyotrophique, de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de l'athétose double. »

Chacune de ces affections présente par ailleurs des signes diagnostiques suffisamment caractéristiques et trop connus pour qu'il soit nécessaire de les passer ici en revue.

Mais nous devons signaler les causes d'erreurs que peuvent produire certains *masques paréto-spasmodiques* (facies pseudo-bulbaire). Chez de nombreux hémiplegiques « l'altération mimique est souvent caractérisée par l'*asymétrie hémiplegique du tonus facial*, en excès (contracture hémispasmodique), ou en défaut (paralysie unilatérale). » (Dupré.)

Les descriptions si précises données par M. le professeur Brissaud du facies parkinsonien, du facies pseudo-bulbaire, nous dispensent également de revenir sur les éléments du diagnostic.

M. Pierret, MM. Lannois et G. Pauté (de Lyon) ont

fait voir aussi l'importance qu'il y avait à analyser les « hémimimies. » (Pierret.)

Les recherches entreprises par M. E. Dupré, par Hallervorden (de Kœnigsberg) sont venues encore confirmer l'utilité de l'analyse des *asymétries psychomimiques*. (Dupré.)

« Tout visage adulte, en effet, dit à ce propos M. Ernest Dupré, n'est que l'expression stéréotypée d'un long passé psychologique : et chacun de nous porte, écrite sur ses traits, l'histoire de sa personnalité, mentale et organique, antérieure. C'est à travers ce texte, déjà si touffu, qu'il faut savoir démêler les nouveaux caractères par lesquels la maladie actuelle déforme et surcharge les anciennes lignes. Comme autant d'obscurs grimoires à déchiffrer, tous les masques normaux et pathologiques résument en eux l'histoire de leur psychologie. En comprenant ainsi l'importance, en neuropsychiatrie, de l'étude de la mimique, observée dans toutes ses modalités, spontanée et provoquée, volontaire et involontaire, émotive et réflexe, on admettra sans peine la légitimité et le grand intérêt de cette méthode objective et féconde de psychologie positive, fondée par Lebrun, Gall et Lavater, scientifiquement établie par Duchesne (de Boulogne), Gratiollet, Darwin, Piderit, Mantegazza, et enrichie depuis par les études de Pierret, Brissaud, Mosso, Sikorsky, Richer, Meige, etc., la *Physiognomonie clinique*. » (E. Dupré.) (1).

(1) Les Psychopathies organiques. *Traité de pathologie mentale* Ballet.

En résumé, comme le montre excellemment M. E. Dupré, chaque fois qu'il s'agit de diagnostiquer sur un visage la cause et la nature d'un mouvement anormal, il faut avoir présentes à l'esprit toutes les influences multiples qui pourraient donner le change.

EVOLUTION ET TERMINAISON

On connaît assez mal le mode de terminaison du spasme facial. Cela s'explique par le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques employés qui font que les malades changent souvent de médecins. Cependant, dans un certain nombre de cas où l'on a pu suivre l'évolution de l'affection, on a vu survenir, soit spontanément, soit sous l'influence de médications longtemps prolongées, des améliorations souvent notables. C'est ce que nous constatons dans l'observation II, de M. Meige, ainsi que dans les observations III et VII.

Au sujet de la malade de l'observation VII, M. Meige nous a fait savoir que depuis l'apparition de son travail (*Revue Neurologique*, 31 octobre), il avait eu des nouvelles de cette malade ; les accidents avaient été en s'améliorant constamment depuis le 17 décembre 1902 et au bout d'un an il ne restait plus que de très rares et très faibles contractions de plus en plus limitées.

Il existe d'ailleurs à la connaissance de MM. Brissaud et Meige plusieurs cas de spasme facial améliorés, soit

spontanément, soit sous l'influence de certaines médications, comme le valérianate de zinc à doses progressivement croissantes.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION III

Mme S..., âgée de 33 ans. concierge. — Le spasme palpébral dont elle est atteinte remonte, au dire de la malade, à quatre années, et survint dans les circonstances suivantes :

En janvier 1899, elle fut atteinte d'influenza. Après quelques jours de maladie, elle sortit sans précaution, mal couverte. Le lendemain elle était plus malade. Elle dit avoir eu alors une « congestion » (?) qui dura dix jours. Mais il est difficile de reconnaître l'affection qu'elle désigne ainsi, En effet, elle n'eut pas de point de côté, pas de toux, pas de crachats, pas de grosse fièvre ; ses règles, qui étaient survenues au cours de l'influenza, n'ont pas été arrêtées. Elles n'eut pas de perte de connaissance, pas de vertige, pas de délire. Le seul souvenir précis qu'elle puisse rappeler est une céphalalgie atroce, surtout quand elle penchait la tête en avant.

Deux ou trois mois après cet accident, la malade remarqua qu'elle avait quelques battements dans la paupière gauche. Elle restait parfois huit jours sans s'en apercevoir. Au printemps dernier, après une nouvelle grippe, ces battements ont disparu pendant près de deux mois.

Depuis le commencement d'octobre 1902, les battements de la paupière sont plus fréquents et plus violents.

(1) *Recue neurologique*, 31 octobre 1903. Le spasme facial (Henry Meige).

La malade a été consulter le docteur Terson, qui me l'a adressée, après avoir examiné ses yeux et constaté une intégrité parfaite de la vision et des mouvements de l'œil.

La malade est née à terme ; elle n'a pas eu de maladies dont elle se souvienne. Son mari se porte bien ; elle a trois enfants âgés de 7 ans 1 2, 6 ans, 4 ans, très bien portants, pas d'autres enfants, ni de fausses couches.

Elle reconnaît elle-même qu'elle est très nerveuse ; elle n'a jamais eu de crises de nerfs ; mais elle est coléreuse, impatiente. Elle a de fréquentes insomnies depuis l'âge de dix-huit à vingt ans. Il lui arrive de passer une nuit entière sans dormir, et cela sans motif particulier, sans préoccupation. Ses meilleures nuits sont de quatre heures de sommeil, Aucune souffrance ne motive cette insomnie.

Elle a le teint très coloré, les pommettes sillonnées de varicosités capillaires. Elle est fréquemment constipée. Assez souvent, tous les quinze jours, tous les mois, elle souffre de maux de tête : céphalalgie frontale, bilatérale, qui dure un jour ou deux, sans nausées ni vomissements, sans troubles oculaires. Ces douleurs, dit-elle, sont, d'ailleurs supportables.

Sa dentition est déplorable. Depuis l'âge de vingt ans, elle a toujours souffert des dents, elle a eu une série d'abcès à répétition. A vingt-trois ans, dès les premières visites chez le dentiste, on dut lui faire treize extractions et le plombage de plusieurs autres dents. Les grossesses n'ont guère influé sur ces accidents de dentition. On ne lui a arraché que trois dents depuis le mariage. Actuellement, depuis près d'un an, elle souffre beaucoup de deux dents cariées. Cependant, la malade n'a pas remarqué de coïncidence entre ses maux de dents et l'apparition des contractions de l'orbiculaire.

Elle n'a jamais eu de douleurs dans les oreilles, ni d'écoulement. Elle entend très bien des deux côtés.

Son père est mort à 66 ans ; il était assez nerveux, coléreux, mais de bonne santé habituelle.

Sa mère est morte à 42 ans, subitement ; elle était nerveuse,

impressionnable, mais jamais malade. Elle eut huit enfants, dont trois sont morts jeunes, de méningite, de croup. Ceux qui vivent encore sont :

1^o Une sœur aînée, âgée de 42 ans, très nerveuse « se contrarie pour un rien ». Elle est mariée, a un garçon de douze ans ;

2^o Une autre sœur, religieuse, âgée de 37 ans ;

3^o Un frère est mort en 1895, à l'âge de 22 ans, au régiment. Il était, paraît-il, somnambule, et l'on croit que dans un accès, il dut prendre la fenêtre pour la porte et se précipiter. Il n'avait jamais manifesté d'idées de suicide, était très calme, mais avait des accès de somnambulisme presque toutes les nuits.

Aucun membre de la famille n'avait de tics, ni de crises nerveuses.

Etat actuel, le 3 novembre 1902. — Tout se borne aux mouvements convulsifs de la paupière gauche. Ils ne sont pas influencés par les émotions, mais la fatigue les exagère et surtout la poussière ou le grand soleil. L'action de fermer l'œil les provoque souvent ; mais un attouchement léger ne les fait pas apparaître.

Lorsque les paupières sont fermées sans effort, le battement se produit aussi, sous forme de petites palpitations brèves et rapides.

Il est toujours indolore, simplement désagréable, gênant.

Jamaie il ne survient sans que la malade s'en aperçoive ; jamais elle n'y est indifférente. En aucun cas, la volonté ni la distraction ne peuvent faire cesser ces contractions. Elles sont de deux sortes :

D'abord, des contractions fibrillaires limitées au seul bord libre de la paupière inférieure et qui tendent à diminuer la longueur de l'arc palpébral : puis les contractions s'étendent aux autres fibres des deux moitiés de l'orbiculaire. les deux paupières se rapprochent et ferment à moitié la fente palpébrale ; mais jamais l'œil n'est complètement fermé.

L'ouverture et la fermeture répétés de l'œil ne modifient pas le mouvement palpébral.

On ne constate pas de parésie du releveur de la paupière.

Il y a lieu de noter une légère tendance aux mouvements nystagmiformes des deux globes oculaires, surtout dans la fixation en face.

Le phénomène convulsif débute toujours à gauche ; on constate parfois de petits mouvements synergiques des paupières à droite.

Il existe une légère paresse des muscles frontaux et sourciliers ; la malade ne peut que difficilement rider son front et froncer les sourcils ; on ne saurait y voir l'indice même d'une simple parésie faciale.

6 novembre 1902. — Traitement. — Faire soigner les dents qui sont très mauvaises. Prendre par jour deux pilules de valérianate de zinc de 0 gr. 01.

28 novembre 1902. — La malade a fait arracher toutes les dents malades. Le phénomène palpébral n'est pas modifié.

Traitement. — Valérianate de zinc : 0 gr. 02 à midi pendant huit jours. 0 gr. 04 les jours suivants. puis diminuer. Laxatifs.

6 mars 1903. — La malade a traversé des alternatives diverses, sans qu'on puisse définir les causes des atténuations ou des exacerbations.

Un nouvel examen oculaire pratiqué par le docteur Terson ne révèle rien d'anormal.

9 octobre 1903. — Le même état a persisté jusqu'au mois de juin. Puis, peu à peu, les phénomènes spasmodiques ont diminué de fréquence et d'intensité.

Actuellement, ils sont devenus extrêmement rares et presque imperceptibles. La malade déclare qu'elle ne s'en aperçoit plus. Cependant, on constate encore parfois un minime frémissement des bords palpébraux et une très légère tendance à l'occlusion.

Le malade ne souffre plus des dents ; les maux de tête ont disparu.

Cette observation nous montre le plus léger degré du spasme facial. Ici en effet les accidents sont limités à l'orbiculaire palpébral. Parmi les antécédents de la malade, capables d'expliquer l'étiologie de son spasme, nous relevons des troubles de la dentition. Enfin nous constatons une guérison presque complète, survenue sous l'influence du traitement par le valérianate de zinc.

OBSERVATION IV (1)

M. M..., venu à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brissaud, en 1895.

Grand-père paternel atteint de maladie de Parkinson, à 60 ans, mort à 80 ans. Père âgé de 67 ans, bien portant. Mère morte à 50 ans, très nerveuse. Un frère et trois sœurs, dont une très nerveuse également.

M..., a toujours été d'une bonne santé. Il a fait son service militaire, et c'est à cette époque, en 1885, qu'il fait remonter ses accidents spasmodiques. Il avait alors 22 ans. Pendant plusieurs mois, il coucha sous une tente, par terre. Il s'aperçut quelque temps après qu'il entendait moins bien de l'oreille droite (actuellement le bruit d'une montre est perçu, à droite, à 2 centimètres ; à gauche, à 30 centimètres.)

Vers la même époque, de légers battements apparurent dans la paupière inférieure droite, petits frémissements nullement douloureux, qui cessaient de temps à autre ; peu à peu, ces contractions gagnèrent la joue et toute la moitié droite de la face. Elles devinrent plus étendues, plus irrégulières et plus violentes, quoique toujours indolores.

Actuellement, les contractions surviennent par accès de

durée variable. Ils commencent toujours par la paupière inférieure droite, puis s'étendent aux autres muscles de la face jusqu'au peaucier du cou. Ce sont d'abord de légers frémissements provoqués par la contraction de quelques fibrilles ou de quelques faisceaux musculaires. Puis, peu à peu, ces contractions augmentent de nombre et d'intensité jusqu'à constituer une sorte de contracture de tous les muscles de la moitié droite du visage. L'œil est à demi-clos : la paupière est saillante : la commissure labiale droite est relevée, tirée à droite et en haut. Sur cette contracture persistente, on voit çà et là quelques fibrilles se détendre pour se contracter de nouveau.

La crise se termine par la décontraction successive des différents faisceaux des différents muscles.

La grimace constituée au moment où l'accès est à son apogée n'a aucune expression mimique.

Rien ne peut empêcher le spasme de se produire et rien ne peut le faire cesser lorsqu'il a lieu.

Les efforts de volonté n'apportent qu'un apaisement très relatif.

Au point de vue mental, il faut signaler une tendance mystique assez accentuée. M... voulait être pasteur. Il est entré dans l'armée du salut où il a actuellement le grade de capitaine.

Rien à signaler de particulier dans l'observation que nous venons de citer ; c'est la forme classique de spasme frappant toute une moitié de la musculature faciale.

OBSERVATION V (1)

M. P. M..., âgé de 25 ans, de bonne santé générale.

En faisant son service militaire, il coucha plusieurs nuits par

(1) *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.

terre. Huit jours après, étant en permission, il remarqua que sa paupière droite était animée de petits battements convulsifs.

Les jours suivants, ceux-ci s'étendirent à la joue et gagnèrent peu à peu toute la moitié droite du visage. Rien n'avait fait prévoir l'apparition de cet accident.

Aucune douleur, aucun malaise, aucune affection des oreilles ni des dents : jamais de maux de tête, ni de névralgies.

Ce spasme, qui s'était installé insidieusement, a progressé peu à peu jusqu'à occuper toute la moitié droite du visage. Il apparaît aujourd'hui (8 juin 1901) par accès très fréquents. Il débute par de légers frémissements de la paupière inférieure droite, qui gagnent peu à peu la joue, les lèvres et le nez. A l'examen de la gorge, on voit la luette animée de petites oscillations. Au moment où le spasme est le plus violent, toute la moitié droite de la face est contractée fortement, l'œil demi-clos, le coin de la bouche tiré à droite et en haut.

Cette contracture n'est pas immobile. On voit se dessiner sur la surface de la peau de petits frémissements très rapides.

Le malade ne se plaint d'ailleurs d'aucune douleur, mais il est très peiné de l'aspect disgracieux de son visage ; il y porte fréquemment la main pour dissimuler son spasme, sans toutefois que ce geste puisse atténuer les contractions.

Les efforts d'attention, les distractions, la volonté, n'arrivent pas à retarder ni à arrêter le spasme.

Le malade a été soumis pendant un certain temps aux exercices méthodiques utilisés contre les tics de la face. Il n'a pu en obtenir aucun résultat, malgré sa grande bonne volonté. Lorsque l'accès survenait, l'exercice commencé était fatalement interrompu (18 juillet 1901).

OBSERVATION VI (1).

Mme R..., âgée de 51 ans, est venue à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Brissaud, en octobre 1902.

(1) *Recue neurologique*, 31 octobre 1903.

Il y a cinq ans, à la suite d'une affection « rhumatismale » ?) accompagnée de douleurs de tête, surtout du côté gauche, elle commença à éprouver de légers frémissements dans l'angle interne de l'œil gauche. Ceux-ci durèrent pendant quatre ans, intermittents, non douloureux. Mais, depuis six mois environ, les contractions s'étendent et envahissent la joue, le coin de la bouche ; elles disparaissent parfois pendant un temps variable. Les émotions, les contrariétés, la lecture les exagèrent un peu : mais la volonté ni la distraction n'ont aucune influence sur elles.

La malade applique fréquemment sa main sur l'œil droit pour dissimuler sa grimace ; toutefois ce geste ne parvient pas à la faire disparaître ; les contractions persistent sous sa main.

Actuellement, le spasme occupe tous les muscles de la moitié gauche de la face. Il survient par accès de durée plus ou moins longue. Il commence par un léger frémissement de la paupière inférieure droite ; puis on voit de petites secousses dans la joue au voisinage des lèvres, de l'aile du nez, sur le menton et jusque sur le cou. Ces secousses augmentent de fréquence et de force jusqu'à ce qu'il se produise une sorte de tétanisation de toute la moitié gauche du visage. Cette moitié présente alors l'aspect d'une contracture entremêlée de petites secousses superficielles, légers mouvements vermiculaires sous-cutanés, superposés à la contracture existante. Les accès sont de durée et d'intensité variables. Lorsqu'ils sont très violents, on aperçoit aussi parfois de légers mouvements des sygomatiques du côté opposé.

Aucun mouvement du voile du palais, ni de la luette pendant l'accès. Pas de salivation ni de lachrymation.

La vision est bonne ; tous les mouvements de l'œil sont normaux.

OBSERVATION VII (1)

M^{me} F. P..., 17 décembre 1902, âgée d'une cinquantaine d'années, a toujours été d'une bonne santé générale ; mais, dans sa jeunesse, elle était fort sujette aux migraines, aux névralgies faciales. Ces accidents ont d'ailleurs disparu depuis quelques années.

Il y a environ deux années (1900), elle fit une chute de voiture. tomba sur la face et se brisa, paraît-il, les os du nez. Cet accident n'eut pas de suite fâcheuse : une cicatrice, une très légère déformation.

Vers le mois de juin 1902, cette dame commença à éprouver de petits frémissements très légers dans la paupière inférieure gauche, bien limités alors à cette région. Par moments, les contractions devenaient plus fortes et l'œil se fermait à demi. Elle en était incommodée, mais elle n'éprouvait aucune douleur, simplement une sensation de raideur, de gêne, de battement. D'ailleurs les yeux ont été examinés et ont été trouvés normaux. Il en est de même des oreilles ; l'ouïe est bonne, égale des deux côtés.

Peu à peu, les contractions de l'orbiculaire palpébral se sont étendues et ont gagné la joue gauche ; la commissure des lèvres était tirée à gauche et en haut. Les mêmes frémissements, les mêmes contractions s'étendirent ensuite au menton et au cou dans la région du peaucier jusqu'à la clavicule.

C'étaient tantôt de très légères et très vives petites secousses éparses dans la moitié gauche du visage, tantôt des mouvements plus violents et plus étendus, tantôt enfin une sorte de contracture permanente raidissant toute une moitié de la face, provoquant une grimace incoercible avec la sensation d'une

tensions plastiques, sous la compression des lésions osseuses. Cependant, même lors des moments où les spasmes locaux étaient permanentes, les douleurs ne venaient au temps au temps, se dissolvant sous la pression des points d'irritation. Il n'apparaissait sur aucune telle partie de la région contracturée.

Puis, toute brusquement, toutes progressivement, la détente se produisait comme si, du la malade, à son est, disparaissait une série d'obstacles qui étaient tendus. Au moment où le spasme était à son apogée, l'impression était de la terre pesant et volontiers, et par l'effet de l'opposition de la main, on s'efforçait de briser. Rien ne peut empêcher la crise de se produire lorsqu'elle commence, comme rien ne peut modifier son évolution.

Il ne semble pas qu'il y ait de causes provocatrices du spasme. Cependant, la constipation, le rétro, de simple soufre, semblent favoriser son apparition. A une crise très forte succède un instant de calme assez long. Les crises moins fortes sont plus rapprochées les unes des autres, pendant le sommeil le visage est calme, se fait à son retour par l'éprouvage de la malade. Mais dès le réveil le spasme apparaît.

À la nuit de novembre 1911, les crises sont devenues presque permanentes. Les contractures musculaires persistent pendant des heures, simulant souvent de trémoussements sous-cutanés.

La malade a souffert notamment par les hanches et la température de Valériane. Il semble que depuis lors les accidents se soient un peu atténués.

Il existe pas de troubles de la sensibilité de la face. On peut noter l'existence d'un point digne du front libre de la paupière inférieure gauche, puis de l'ongle interne de l'œil. Les dents du côté gauche sont toutes tombées sauf une, mais il n'y a jamais eu aucune douleur dentaire.

Déjà les crises de trémoussement, le côté gauche de la face sont spasmodiques, sont fait, au début, des accidents, puis per-

tit que le côté droit; cette différence tendrait à disparaître aujourd'hui.

Il faut ajouter que la malade a depuis longtemps pris l'habitude d'appliquer la main gauche sur son œil et sa joue gauche dans le but de dissimuler son spasme. La pression de la main lui semblait l'atténuer, surtout lorsque cette pression portait au voisinage de l'oreille. Ces pressions répétées ont pu avoir pour effet de modifier légèrement l'aspect de la joue gauche. D'ailleurs, comme la malade, sur le conseil qui lui a été donné, a cessé depuis quelque temps de faire cette sorte de massage, la différence entre les deux moitiés du visage tend à s'atténuer de plus en plus, et n'est plus guère appréciable.

Il n'a pas été possible, en une seule visite, d'étudier l'état mental de la malade. De renseignements recueillis ultérieurement, il résulte qu'elle a toujours été assez nerveuse, sans toutefois avoir présenté aucun symptôme de grande névrose.

OBSERVATION VIII (1)

Un instituteur, surmené intellectuellement, était sujet à de violentes crises migraineuses. A 24 ans, il fut atteint d'une paralysie faciale gauche totale qui s'amenda peu à peu. A 37 ans brusquement, pendant la nuit, apparurent des contractions dans le même côté du visage, qui, depuis lors, persistent presque sans trêve. Aucune douleur; simplement une sensation de frémissement et de tiraillement.

Tous les muscles de la moitié gauche de la face sont intéressés, excepté le frontal, mais y compris le peaucier du cou.

Rien ne peut maîtriser ces contractions; la volonté, l'attention, sont impuissantes. Elles persistent pendant le sommeil.

(1) *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.

Voici les caractères objectifs du phénomène spasmodique :

« Sur un fond de contractions qui semblent permanentes, viennent se dessiner de brèves secousses partielles portant tantôt sur un muscle, tantôt sur un autre ; elle n'atteignent souvent qu'une moitié de celui-ci, qu'un faisceau de celui-là, pour gagner aussitôt les fibres d'un troisième, quitte à reparaitre ensuite sur ceux qui n'avaient pas été touchés précédemment.

OBSERVATION IX (1)

Un cocher de 49 ans, au visage congestionné, très vascularisé, sujet depuis longtemps à de violentes migraines, est atteint depuis dix-huit mois d'un spasme facial gauché.

L'affection a débuté par des battements de paupières. Peu à peu, les contractions se sont étendues à la joue et aux lèvres. Actuellement elles occupent tous les muscles innervés par le facial gauche y compris l'auriculaire.

Elles ont exactement l'apparence de contractions obtenues par des excitations électriques intermittentes. Quand elles atteignent leur plus grande intensité il se produit une sorte de tétanisation, d'ailleurs de peu de durée. De temps en temps ces mouvements convulsifs cessent, sans cause, pendant deux, cinq, dix minutes au plus ; puis reparaissent et durent environ autant. En général, au début de chaque accès, ils sont plus faibles et plus limités, mais rapidement ils deviennent plus forts et plus étendus. La volonté, les efforts d'attention, les distractions, les émotions ne le modifient en aucune manière. Ils existent aussi plus le matin que le soir. Enfin, il semble bien qu'ils se produisent également pendant le sommeil.

(1) *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.

Au maximum d'intensité on peut voir quelques contractions apparaître du côté opposé de la face. Aucune douleur, simplement une sensation de battement de la raideur. Quelquefois, lorsque l'œil est à demi-clos, par le spasme, une larme tombe. Le malade applique souvent sa main sur son visage pour dissimuler son spasme, mais celui-ci persiste sous la main ; il persiste sur le côté gauche.

Ce malade a été revu le 12 janvier 1903. Les accidents spasmodiques ne s'étaient pas modifiés. Il avait éprouvé pendant quelque temps de vives douleurs au-dessus du sourcil gauche.

OBSERVATION X (1).

Mme La..., à la suite de fatigues et de chagrins, éprouva au commencement de l'année 1889 des frémissements dans la paupière droite. Ceux-ci allèrent en augmentant progressivement et s'étendirent à toute la moitié droite de la face (juillet 1900).

Etat actuel le 20 août 1900. Les mouvements convulsifs de la moitié droite du visage ont pour effet de clore l'œil droit, de tirer le nez un peu à droite sans que les narines soient dilatées, d'entraîner la bouche peu à peu directement à droite et de raidir la peau du menton ; le peaucier du cou se contracte aussi. L'ensemble réunit une grimace unilatérale qui ne correspond à aucune mimique expressive et qui représente en l'exagérant l'aspect de contractures consécutives aux paralysies faciales.

Les mouvements convulsifs sont actuellement unilatéraux et limités au territoire du facial. Enfin, quand on observe avec attention le visage, on voit se produire de petites contractions fasciculaires très rapides, indépendantes de la grimace d'ensemble.

Telle est l'apparence objective au moment de l'accès ; la

(1) *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.

durée de cet accès est telle que la malade dit ne plus avoir de répit. Parfois le spasme tonique se résout en deux ou trois spasmes cloniques : puis deux ou trois contractions fasciculaires, presque fibrillaires, puis vient le repos, avec ou sans une ou deux contractions fibrillaires après un intervalle.

Ces accidents se sont atténués par la suite et les moments de détente sont devenus plus nombreux et plus prolongés. Le spasme s'exagérait par les émotions, les contrariétés : il s'atténuait par le repos.

A noter une asymétrie faciale squelettique et un aspect sclérodermique de la moitié droite du visage.

OBSERVATION XI (1)

Mme X... est âgée d'une soixantaine d'années ; elle a toujours été d'une assez bonne santé, mais elle fut sujette à de violentes migraines pendant toute sa vie : celles-ci ne se sont atténuées que depuis quelques années. Elle a éprouvé dans le courant de l'année 1902 de violents chagrins et de nombreuses contrariétés.

Vers le commencement de l'année 1903, elle a commencé à ressentir dans la paupière de l'œil gauche de légers frémissements qui ont augmenté peu à peu d'étendue jusqu'à gagner les muscles de la joue et des lèvres de ce côté.

Puis ces accidents se sont atténués ; mais alors les mêmes phénomènes ont apparu du côté droit en commençant également par la paupière, pour s'étendre à la joue, aux lèvres et même au menton.

Actuellement (23 septembre 1903), les mouvements du côté gauche ont complètement disparu. Ceux du côté droit persistent seuls ; toutefois, ils semblent s'atténuer notablement depuis

(1) *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.

un mois environ. Les battements se limitent aux paupières, gagnent quelquefois la joue, mais le coin des lèvres n'est plus tiré vers le haut comme autrefois ; on constate encore, mais très rarement, de petits frémissements sur le côté droit du menton. Depuis deux ou trois semaines, la malade se plaint d'éprouver une sensation de tiraillement dans la moitié droite du front et du crâne, sensation tout à fait comparable à celle qu'elle éprouvait à la face et qui semble liée à une cause identique, c'est-à-dire des contractions des muscles peauciers du crâne.

Le phénomène spasmodique palpébral est caractéristique ; on voit d'abord se produire un léger frémissement du bord libre de la paupière inférieure ; puis ce frémissement s'étend à tout l'orbitaire inférieur, ensuite au supérieur, et la fente oculaire diminue peu à peu, sans toutefois arriver à l'occlusion complète. Si l'accès se prolonge, on voit des contractions se produire dans les muscles zygomatiques ; la commissure labiale droite se relève un peu. Parfois, mais beaucoup plus rarement, on voit aussi quelques légers frémissements se produire dans les paupières de l'œil gauche.

A cela se résume toute la maladie. La malade n'a jamais éprouvé aucune douleur ; elle se plaint seulement d'une sensation de gêne, de raideur, de tiraillement dans le côté droit du visage (autrefois nous l'avons vu, les mêmes phénomènes se produisaient du côté gauche). Aucune cause ne semble influencer ni sur l'apparition, ni sur la disparition de ces accidents.

Lorsqu'ils se produisent la malade est incapable de les faire cesser. Elle a pris l'habitude, lorsque ce spasme facial devient trop apparent, de le dissimuler avec sa main ; mais elle déclare elle-même que ce geste ne parvient pas à le faire disparaître et que les contractions se produisent aussi bien sous sa main. Parfois dit-elle, il lui a semblé qu'en appliquant fortement l'index au-dessous de l'œil droit elle parvenait à atténuer, quelquefois même à arrêter le spasme, mais d'une façon très inconstante. Enfin, pendant le sommeil, les mouvements se reproduisent

à des intervalles semblables à ceux de la veille et sous la même apparence.

Le fait a été très nettement contrôlé à plusieurs reprises par l'entourage de la malade.

Les yeux sont bons, bien que la vision soit affaiblie par l'âge. Toutes les dents sont tombées depuis quelques années, mais sans douleur.

La malade a suivi un certain nombre de traitements, dont aucun n'a produit d'effet satisfaisant.

Dans cette dernière observation, nous constatons une forme de spasme facial « à bascule », les accidents convulsifs ayant siégé d'abord d'un côté de la face pour disparaître ensuite et apparaître quelque temps après du côté opposé.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce travail, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il est indispensable d'établir des distinctions entre les différents mouvements convulsifs dont la face peut être le siège. Des actes réflexes simples auxquels ne participe pas l'écorce cérébrale, on doit s'efforcer de distinguer les *actes psycho-réflexes*. (Brissaud, E. Dupré).

2° A l'inverse des tics qui sont toujours des actes psycho-réflexes, les spasmes sont des réflexes de centre bulbaire ou spinal, provoqués par une cause irritative pathologique (Brissaud, H. Meige et Feindel).

3° L'examen clinique permet de reconnaître des caractères objectifs propres au spasme facial qui suffisent dans la majorité des cas à le différencier des autres « mouvements nerveux » qui peuvent être localisés à la face. (Henry Meige).

4° Un élément de diagnostic non moins important est fourni par l'inefficacité sur le spasme de la discipline

psychomotrices (Brissaud et Henry Meigs) qui influence au contraire heureusement les mouvements psycho-reflexes, les tics en particulier. Certaines médications antispasmodiques, notamment le valérianate de zinc, à haute dose (Brissaud), paraissent au contraire produire des effets sédatifs appréciables sur le spasme facial.

LE PRÉSIDENT DE THESE
Ed. BRISSAUD.

VU: LE DOYEN
DEBOVE

Approuvé par les Facultés

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALLET. — Les psychoses. *Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud*. — Vol. VI. Etat mental des dégénérés, p. 1155. *Traité de Pathologie mentale*.
- BLOCQ. — Chorées *Traité de médecine*, vol. VI, p. 1207.
- BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses, 1^{re} série, 1893, 24^e leçon : Tics et spasmes cloniques de la face.
- Chorée variable, *Presse médicale*, 15 février 1899, n° 3.
- Leçons sur les maladies nerveuses, 2^e série 1899, La chorée variable des dégénérés, page 516.
- BRISSAUD et MEIGE. — La discipline psycho-motrice. Congrès de Madrid, 1903.
- CAHEN. — Contribution à l'étude des stéréotypies. *Archives de neurologie*, décembre 1901.
- CHARCOT. — Hystérie et tics convulsifs. *Semaine médicale*, 1885.
- Leçons du mardi, 1887-88, 1888-89.
- DÉJÉRINE. — Sémiologie du système nerveux. *Traité de pathologie générale de Bouchard*, t. V, Tics, page 696.
- Ernest DUPRÉ. — Psychopathies organiques *Traité de pathol. mentale de Ballet*.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (*Arch. de neurologie*, 1885).
- La maladie des tics convulsifs. *Semaine médicale*, 3 mai 1899, p. 153.
- GUINON. — Article tic convulsif, *Dictionnaire encyclopédique*.
- HALLION. — Maladie des muscles et des nerfs en particulier. *Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud*, vol. VI.

- LETULLE. — Article Tic, du *Dictionnaire Jaccoud*.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893, pp. 175-81, 197-201.
- H. MEIGE et E. FEINDEL. — Les Tics et leur traitement (Masson, éditeur).
- Tic ou spasme de la face. *Revue neurologique*, 1898, p. 125.
- Spasme facial franc. Société de neurologie de Paris, 17 avril 1902.
- HENRY MEIGE. — Le Spasme facial; ses caractères cliniques distinctifs. *Revue neurologique*, 31 octobre 1903.
- Les Tics des yeux. *Annales d'oculistique*, avril 1903.
- NOGUÈS. — Les Tics. Rapport au Congrès de Grenoble, 1902.
- NOIR. — Etude sur les Tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots. *Thèse*, Paris. 1893.
- OPPO. — Le diagnostic différentiel de la maladie des Tics et de la chorée de Sydenham. *Presse médicale*, 30 septembre 1899.
- PATRY. — De la chorée variable ou polymorphe, chorée des dégénérés. *Thèse*, 1897.
- PITRES. — Spasmes rythmiques hystériques. *Gazette médicale*, 1888.
- RAYMOND — Clinique des maladies du système nerveux, 1^{re} série 1896, 4^{me} série 1901.
- RAYMOND et JANET. — Névroses et idées fixes. Vol. II, Tics, p. 351 et suivantes.
- SOURY. — Les myoclonies, physiologie, pathologique. *Annales médico-psychologiques*, 1897, p. 398.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, t. II, 4^{me} édition, p. 267, 268.
- ZUBER. — Article spasme du *Dictionnaire encyclopédique*.
- XII^e Congrès des aliénistes et neurologistes (Grenoble, 1^{er}, 7 août 1902). Discussion du rapport Noguès sur les Tics.

